



Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-02-15

Kristina Tercero, verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen,
Ingela Mindemark, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE | 1 |
| Sammanfattning | 3 |
| STRUKTUR | 4 |
| Övergripande mål och strategier | 4 |
| Organisation och ansvar | 6 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 6 |
| Patienters och närståendes delaktighet | 7 |
| Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet | 7 |
| Klagomål och synpunkter | 7 |
| Egenkontroll | 8 |
| PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten | 8 |
| Riskanalys | 10 |
| Utredning av händelser - vårdskador | 10 |
| Informationssäkerhet | 10 |
| RESULTAT OCH ANALYS..... | 10 |
| Egenkontroll..... | 11 |
| Avvikelser..... | 11 |
| Klagomål och synpunkter..... | 12 |
| Riskanalys..... | 12 |
| Digital signering..... | 13 |
| Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering..... | 13 |
| Förebyggande arbetssätt..... | 16 |
| Demensvård..... | 16 |
| Hygien och smitta..... | 17 |
| Nära vård..... | 20 |
| Palliativ vård i livets slutskede..... | 20 |
| Sammanfattande bedömning..... | 21 |
| Mål och strategier för kommande år | 22 |

Sammanfattning

Det här har vi uppnått:

- Antal dagar en person får vänta på att komma hemifrån sjukhus när den är utskrivningsklar har minskat och är nu mindre än 1
- All personal har fått utbildning inom basala hygienrutiner och klädregler
- Smittspridningen av covid-19 i verksamheten har varit låg
- Kompetensen kring smitta och smittspridning har ökat
- Teamträffar har återinförts

Det här är vi bra på:

- Trygg hemgång och effektiv samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård i Sörmland
- Demensvård
- Palliativ vård i livets slutskede
- Digital signering
- Basala hygienrutiner och klädregler
- Användning av skyddsutrustning
- Smittspårning och provtagning
- Vaksamhet på symtom och rapportering till sjuksköterska

Det här kan vi förbättra:

- Kontinuitet och bemanning av legitimerad personal
- Systematiska uppföljningar
- Kompetens om hjälpmedelsanvändning
- IT kompetens
- Digital signering av utförda ordinerade insatser i rätt tid
- Trygg hemgångsprocessen i kommunen
- Samordning av planeringen i kommunen inför hemgång från sjukhus

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier för 2020

Mål

God och säker vård

Strategier

Utförda aktiviteter är markerade med grönt

Nära vård

- Fortsatt arbete med Trygg hemgång och effektiv samverkan
- Återuppta uppföljningar i samverkan med Region Sörmland
- Trygg hemgångsprocessen i kommunen
- Fortsatt omställningsarbete till Nära vård
- Skapa en hållbar plan för utbildning om Prator och Samordnad Individuell Plan (SIP)
- Göra fler SIP:ar
- Använda digital teknik vid utskrivningsplanering
- Införa digital teknik vid planering i hemmet
- Bli producenter i NPÖ – Nationell patientöversikt
- Samverka med vårdcentralen om hemmonitorering

Avvikelser

- Införa digital avvikelshantering i Treserva
- Använda NITHA, ett digitalt verktyg för händelseanalys
- Systematisk uppföljning av avvikelser

Demenssjukdom

- Registrera i BPSD-registret (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens)
- Göra uppföljningar i Svenskt Demensregister (Svedem) på särskilt boende
- Genomföra aktiviteter för att leva upp till Plan för vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Oxelösunds kommun
- Uppföljning av utvecklingsarbetet för en kvalitetssäkrad demensomvårdnad

Förebyggande arbetsätt

- Registrering i Senior alert av riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen
- Teamträffar
- Mäta dygnsfasta på särskilt boende

Dokumentation

- Planera för införande av Hälsoärende
- Mobil dokumentation
- Läskopia av Treserva

Hygien

- Hygienrund på två enheter inklusive uppföljning

Läkemedelshantering

- Läkemedelsrum i hemsjukvården

Palliativ vård och vård i livets slut

- Planera för fortsättning efter utbildningsinsats (palliativa ombud?)
- Fortsätta med webbutbildning Palliation ABC

Övrigt

- Ta fram rutiner för klagomålshantering
- IT-kompetens och -resurs i förvaltningarna
- Tillräcklig bemanning av legitimerad personal i tjänst

Organisation och ansvar

Vård- och omsorgsnämnden är ansvarig vårdgivare enligt HSL (Hälso- och sjukvårdslagen) och förvaltningschefen inom äldreomsorgsförvaltningen är verksamhetschef enligt HSL. Ansvaret innebär att en god och säker hälso- och sjukvård bedrivs. Nämnd och verksamhetschef ska också tillse att riktlinjer och rutiner finns, är kända i hela verksamheten och att dessa tillämpas.

Enhetscheferna i verksamheten är ansvariga för att en god och säker hälso- och sjukvård bedrivs inom sin respektive enhet och förvaltningschefen har ansvaret för att leda och fördela enhetschefernas arbete, samordna, följa upp och initiera förändringar.

I vård- och omsorgsförvaltningens ledning ingår förvaltningschefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Förvaltningsledningen träffas regelbundet flera gånger per månad och varje förvaltning har i sin tur ledningsgrupper där enhetschefer och strateger ingår.

Hälso- och sjukvårdsledning är verksamhetschef enligt HSL, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), enhetschefer för legitimerad personal och enhetschef för biståndsenheten samt korttidsboende. Hälso- och sjukvårdsledningen träffas regelbundet och samverkar med vårdcentralen i lokal närvårdsledning.

Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), svarar för verksamheten och har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården. I verksamhetschefens ansvar ingår inte de uppgifter som medicinskt ansvarig sjuksköterska har. I Oxelösund är förvaltningschefen för äldreomsorg verksamhetschef för hälso- och sjukvården.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har ett särskilt medicinskt ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde samt att utfärda riktlinjer och rutiner och se till att dessa efterlevs.

MAS rapporterar avvikelser en gång om året till Vård och omsorgsnämnden.

Samverkan för att förebygga vårdskador

- Länsgemensam struktur för Närvård i Sörmland. Förvaltningen deltar i Styrgrupp för Närvård, Arbetsgrupp södra äldre, Beredningsgrupp äldre, Arbetsgrupp södra barn och Arbetsgrupp södra psykiatri och funktionshinder samt Beredningsgrupp psykiatri och funktionshinder.
- Avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Region Sörmland finns och . innefattar läkarmedverkan genom telefonkontakter, patientadministration, besök, handledning av personal, läkemedelsgenomgångar och akuta insatser. På medicinska grunder görs hembesök i ordinärt och särskilt boende av läkare. Tillgång till läkarmedverkan ska finnas dygnet runt. Vidare finns även tillgång till tjänstgörande sjuksköterska på särskilt boende och i hemsjukvård dygnet runt. Arbetet styrs, leds och följs upp i lokal närvårdsledning.
- Avtal med Smittskydd/Vårdhygien. Två kommunala hygiensjuksköterskor delas med de andra kommunerna i Sörmland.
- Avtal med Tandvårdenheten i Region Sörmland finns om munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning om munvård för personal.
- Avtal med ApoEX om kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i särskilt boende,

-
- hemsjukvård, bostäder med särskild service och boendestöd.
 - Samverkan med andra vårdgivare vid allvarliga händelser.
MAS deltar i nätverk för MAS/MAR (Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering) i Sörmland

Patienters och närståendes delaktighet

Vid ankomstsamtal och årlig omvårdnadsplanering inbjuds patient/brukare in och i många fall även anhöriga att delta i att planera omvårdnaden.

För att förebygga vårdskador informeras om kvalitetsarbetet i kvalitetsregistret Senior alert och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

Inför registrering i BPSD-registret involveras patienter och anhöriga i bedömningar och bemötandepplaner för att minska BPSD och behov av begränsningsåtgärder.

Brukarråd eller anhörigräffar har tyvärr inte genomförts under året, detta främst på grund av pågående pandemi.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

En avvikelse eller risk ska rapporteras av den som upptäcker händelsen, denna skyldighet har alla oavsett yrkeskategori. Det kan exempelvis gälla läkemedel, fallskador, omvårdnad, rehabilitering och informationsöverföring. Lokal rutin finns "Rutiner för avvikelserapportering inom hälso- och sjukvård".

Respektive enhetschef har ansvar för att åtgärda, följa upp och avsluta avvikelser.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska utreder och sammanställer avvikelserapporterna samt anmäler allvarliga avvikelser till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vid vårdskada gör MAS en händelseanalys tillsammans med enhetschef och personal. Efter analysen tas en åtgärdsplan fram med åtgärder, ansvarsfördelning och uppföljningsplan. Återkoppling till berörd enhet och förvaltningschef samt verksamhetschef enligt HSL.

Klagomål och synpunkter

Ledningssystemet fastställer att klagomål som inkommer från patienter och anhöriga ska besvaras av enhetschef. Klagomål som inkommer via patientnämnd eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO) besvaras av verksamhetschef och MAS. En utredning av händelsen påbörjas snarast och återkopplas till den enhet som berörs. Patient, anhöriga, patientnämnden eller IVO får återkoppling/analys efter utredning. MAS rapporterar till Vård och omsorgsnämndens arbetsutskott.

Förvaltningschefs ansvar:

Säkerställa att det finns rutiner för att hantera synpunkter och klagomål. Säkerställa att det finns rutiner för att hantera avvikelser enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och HSL, missförhållanden eller risk för missförhållanden. Säkerställa att det finns rutiner för att hantera händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Enhetschefs ansvar:

Hantering av synpunkter, klagomål och avvikelser enligt Sol, LSS och HSL.

Verksamhetschefs ansvar (HSL):
Händelseanalys – Avvikelsehantering enligt HSL.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar:
Händelseanalys – Avvikelsehantering enligt HSL. Utredning av händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada.

Egenkontroll

| Egenkontroll | Omfattning | Källa |
|--|------------------|--|
| Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering | Årligen | Rapport från granskare |
| Hygienrond | 2 enheter per år | Protokoll |
| Journalgranskning | 2 gånger per år | Internkontrollplan, Rutiner för journalgranskning |
| Avvikelser | 1 gång per år | Avvikelsehanteringssystemet |
| Patientens klagomål och synpunkter | 1 gång per år | Patientnämnden, IVO, "Säg vad du tycker" |
| Kvalitetsregister | Kontinuerligt | Svedem, BPSD-registret, Senior alert, Svenska palliativregistret |
| Trygg hemgång och effektiv planering vid utskrivning från slutenvård | Kontinuerligt | Prator, kontinuerlig uppföljning med regionen |

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Trygg hemgång och effektiv samverkan:

Samverkan med Oxelösunds vårdcentral. Uppföljning av lokal överenskommelse om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård.
Videoplanering.

Hygien:

All personal ska ha genomgått webbutbildning samt underteckna att de har fått information om basala hygienrutiner och klädregler och att de ska följa dem.

Förebyggande arbetssätt:

Regelbundna teamträffar. Teamträffen syftar till att tvärprofessionellt utforma och följa upp det aktuella hälso- och sjukvårdsbehovet.

Syftet är också att följa upp hur vård- och rehabplaner samt riskbedömningar fungerar i vardagen för brukaren.

Kvalitetsregister: Senior alert

Vård i livets slutskede:

Samtliga anställda inom äldreomsorgen ska ha genomgått Palliation ABC (webbutbildning)

Kvalitetsregister: Svenska palliativregistret

Demenssjukdom:

Aktivitetsplan utifrån Plan för vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

Utbildning om demenssjukdomar – Demens ABC för att öka kvaliteten på demensvården.

Strukturerat arbete med BPSD-bedömningar inom demensvården för att minska beteende- och psykiska symtom vid demenssjukdom.

Handlings- och bemötandeplaner vid oro

Nollvision – undvika tvångs- och begränsningsåtgärder

Kvalitetsregister: Svedem och BPSD-registret

Specialistutbildning inom demensområdet för en sjuksköterska, fem undersköterskor och en fysioterapeut.

Avvikelse:

Uppföljningar på arbetsplatsträffar

Analys av orsak till många osignerade insatser

Bildstöd för att signera rätt

Händelseanalyser

Läkemedelshantering:

Extern kvalitetsgranskning

Uppdaterade lokala rutiner för läkemedelshantering

Digital signering på alla enheter utom en (där annan vårdgivare har läkemedelsansvar)

Munvård

Överenskommelse med Region Sörmland om munhälsobedömning och nödvändig tandvård

Utbildning om munvård

Rehabilitering och hjälpmedel:

Utbildning om rehabiliterande förhållningssätt

Träffar för hjälpmedelsombud

Dokumentation:

Rutin och checklista för journalgranskning

Samverkan:

SIP när insatser behövs från flera vårdgivare.
Samverkan med legitimerad personal.

Värmebölja:

Rutinen sprids inför varje sommar och ska efterföljas.

Risicanalys

Risk för vårdskada ska rapporteras som en avvikelse.

Risk för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen bedöms enligt standardiserade riskbedömningsinstrument i kvalitetsregistret Senior alert. Vid risk ska en bedömning av möjliga orsaker göras och åtgärder sättas in.

Utredning av händelser - vårdskador

En händelseanalys har genomförts.

Avvikelse där bristande hantering av läkemedelsordination varit en tänkbar orsak till händelsen.

Analys: Ordinerande läkare har inte säkerställt att ordinationen utförts korrekt. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har inte utfört kontroll enligt rutin på levererade läkemedel.

Åtgärd: Gemensam händelseanalys med Region Sörmland planeras.

Informationssäkerhet**Genomförda uppföljningar av informationssäkerheten:**

Loggkontroller har inte genomförts enligt rutin i NPÖ (Nationell patientöversikt), APPVA (digital signering).

Genomförda riskanalyser och åtgärder:

Digital signering: Risk för att omvårdnadspersonals delegeringar inte kunnat förlängas enligt rutin och därmed inte kunnat signera utförda åtgärder i APPVA. Risken åtgärdades genom att leverantören förlängde samtliga delegeringar och även utökade områdena där omvårdnadspersonal var behöriga att signera.

Genomförd egenkontroll:

MAS har inte granskat patientjournaler enligt Vård och omsorgsnämndens intern kontrollplan 2 gånger 2020 till följd av pågående pandemi.

I nämndens internkontrollplan ingår också att kontrollera om riktlinjer är aktuella och uppdaterade. Under året har MAS kontrollerat de riktlinjer som finns inom hälso- och sjukvård.

RESULTAT OCH ANALYS

Övergripande mål för 2020

Egenkontroll

Avvikelser

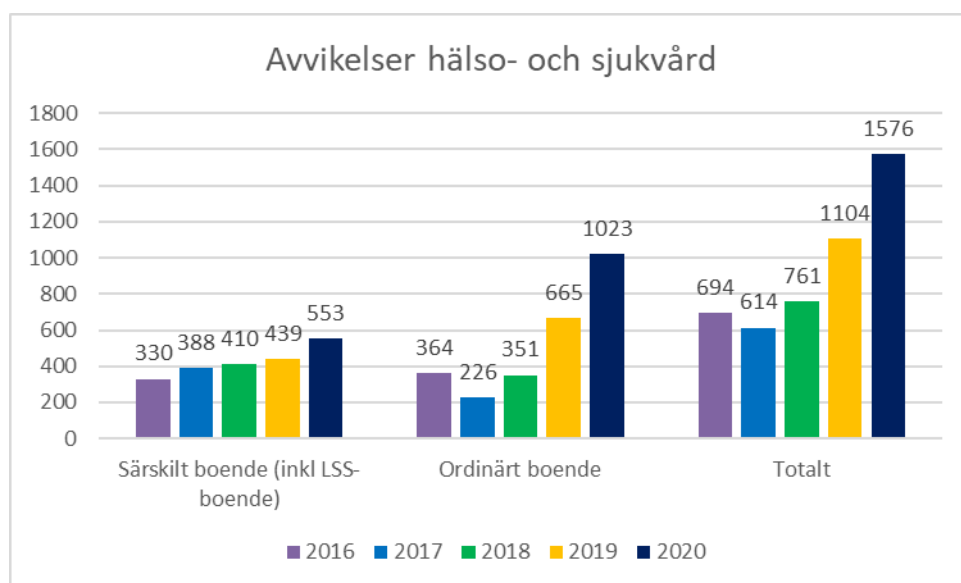
Redovisningen och analysen av avvikelser för 2020 är preliminär. Det saknas avvikelserapporter från flera verksamheter på grund av arbetsbelastningen under pandemin. Antalet avvikelserapporter inom hälso- och sjukvård har ökat sedan 2019. Det behöver inte vara så att antalet avvikelser har ökat utan att beräkningssättet är förändrat.

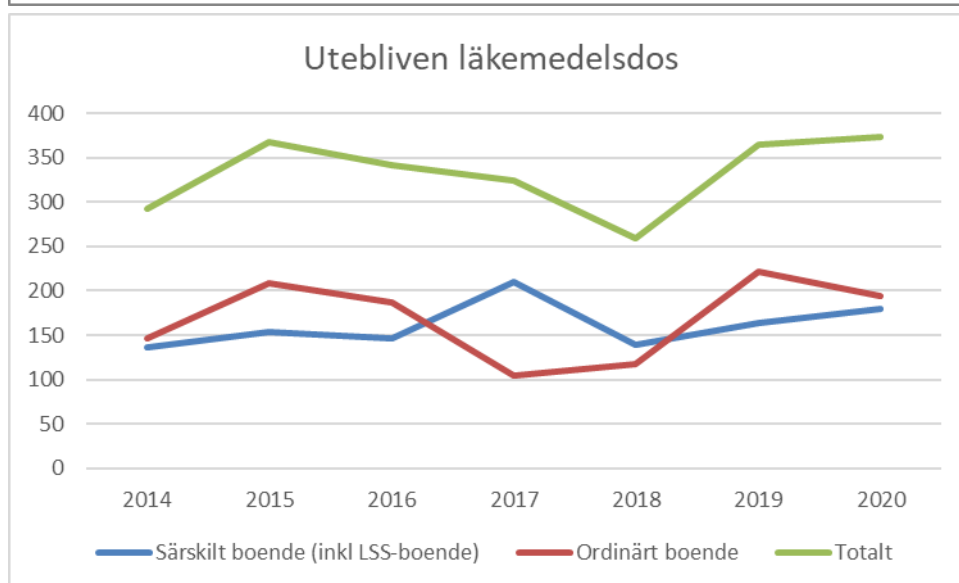
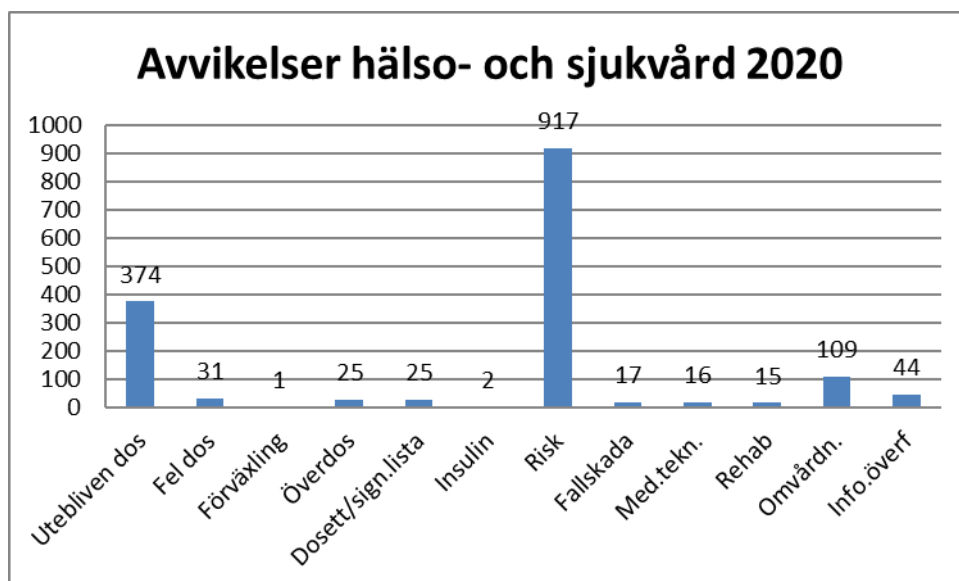
Fel/risk/incident i läkemedelshanteringen utgör 87% av alla avvikelser. Antalet uteblivna läkemedelsdoser är i stort sett oförändrat, men utgör 24% av samtliga avvikelser. Antalet rapporter gällande avsaknad av digital signatur på signeringslista/för sen signering är mycket högt. Patienten har troligtvis fått sina läkemedel eller andra insatser utförda, men ingen signatur finns som styrker detta eller signeringen har utförts långt efter den tidpunkt då patienten borde fått sina läkemedel. 28 702 insatser saknar signering. Detta kan utgöra en risk för att patienten till exempel får en överdos av läkemedel. Risk/incident i läkemedelshantering kan också vara brister/svinn i narkotikahantering, ej låsta läkemedelsskåp, utgången datum på läkemedel. Inom omvårdnad rapporteras utebliven provtagning, utebliven eller felaktig sårvård, utebliven omvårdnad, brister i hantering av rörelselarm, trycksår. Utebliven träning, rehabilitering, kontrakturprofylax eller felaktig hantering av signeringslistor innebär brister och risker för patientsäkerheten.

Ingen händelse har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria.

Avvikelser från annan vårdgivare har varit 3, samtliga är besvarade.

Avvikelser till annan vårdgivare har varit 9 varav 5 har besvarats.





Analys: Åtgärder har vidtagits för att minska antalet osignerade insatser. Antalet utebliven läkemedelsdos har ökat, åtgärder behöver vidtas.

Klagomål och synpunkter

Inget klagomål har inkommit från Patientnämnden eller från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). De flesta klagomål hanteras direkt i verksamheten.

Riskanalys

Genom att arbeta med kvalitetsregister (Senior alert, Svedem, BPSD-registret och Svenska palliativregistret) kan risker upptäckas och åtgärdas innan vårdskada uppstått. Kvalitetsregistren innehåller arbetssätt, verktyg och stöd för arbetet.

Förbättringsområde: IT.

Analys: Vid införande av ny teknik krävs kompetens och resurser för support, felsökning och stöd på plats.

De flesta anställda inom förvaltningen har inte den kompetens som krävs för att hantera de problem som kan uppstå.

Förvaltningen behöver teknisk kompetens inom IT.

Digital signering

717 562 insatser har signerats digitalt, 86% i tid. Genomsnittlig avvikelse i tid var 10 minuter. 96% av insatserna blev signerade.

Analys:

Det förekommer många avvikelserapporter på sent signerade eller osignerade insatser. Fortsatt förbättringsarbete krävs.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Enligt avtalet mellan Oxelösunds Kommun och ApoEx AB ska årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ske på de enheter där kommunen har ett hälso-och sjukvårdsansvar.

Det primära syftet med kvalitetsgranskningen är att medverka till en patientsäker läkemedelshantering och utgångspunkten har varit de krav som finns i Socialstyrelsens författningar, häftet "Läkemedelshantering i Sörmland 2013 uppdaterad 2017" samt enheternas lokala rutiner.

På grund av Covid-19 så har vi rört oss så lite som möjligt i lokalerna och inga besök har gjorts hos brukare.

Fokusområden har i år varit lokala instruktioner, handhygien, städning i läkemedelsskåp, narkotika och avvikelser.

Vi följde även upp 2019 års rapporter inkl. åtgärdsplaner. Syftet var att se om de rutiner och åtgärder som togs fram efter föregående granskning hade åtgärdats och följs och det kan vi med glädje konstatera att de i stort sett gör. Endast ett fåtal förbättringsförslag från föregående granskning kvarstod.

Vid granskningen har enheterna skrivit en åtgärdsplan över de förbättringsförslag som framkom. Tanken med åtgärdsplanen är att den tydligare skall belysa de områden som kan utvecklas eller arbetas vidare med samt att den kan användas som hjälpmedel för det fortsatta kvalitetsarbetet. Det primära syftet med kvalitetsgranskningen är att medverka till en patientsäker läkemedelshantering och utgångspunkten har varit de krav som finns i Socialstyrelsens författningar, häftet "Läkemedelshantering i Sörmland 2013 uppdaterad 2017" samt enheternas lokala rutiner.

Fokusområden har varit lokala instruktioner, signeringslistor (Appva) narkotika, läkemedelsavvikelser och värmebölja.

Genomförande av kvalitetsgranskning

Under kvalitetsgranskningen har vi:

- i ett kvalitetsmöte träffat delegerad personal, enhetschefer och sjuksköterskor/distriktssköterskor och där diskuterat frågor kring årets fokusområden.
- gjort en uppföljning av 2019 års rapport.
- lämnat återkoppling i form av en skriftlig rapport till varje granskad enhet. De förslag till förbättringar som framkom under granskningen skrev enheten ned i en åtgärdsplan som sedan tagits med som en del i rapporten.

Uppföljning av föregående kvalitetsgranskning

De flesta förbättringsförslag som framkom vid föregående granskningar har åtgärdats. De som kvarstår har lyfts igen och återkommer på årets åtgärdsplan.

Det nya läkemedelrummet för hemsjukvården var inte klart som planerat under 2019-2020. Rummet kommer att bli bra när det är klart men i dagsläget var det mycket rörigt, bra förvaring saknas och ingen bra arbetsyta fanns. Rummet upplevs inte patientsäkert.

Ansvar och lokala rutiner

Lokala rutiner finns på alla enheter. Uppdatering görs normalt en gång per år men i år har man avvaktat med att revidera i väntan på att häftet "Läkemedelshantering i Sörmland" ska bli klart och publicerat.

Säkerställ:

- Att delegerad personal vet var lokal rutin för läkemedel finns att hämta/läsa.
- Att delegerad personal läser rutinen vid delegering och då rutinen uppdateras
- Att det tydligt framgår vem/vilka rutinen vänder sig till

Narkotika i Akut- och buffertläkemedelsförrådet

Stickprov kontrollräkning gjordes i Akut- och buffertläkemedelsförrådet och i kortvårdsförrådet och var utan anmärkning.

Akut- och buffertläkemedelsförrådet - kontrollräkning har gjorts 8 gånger ett år bakåt i tiden

Kortvårdsförrådet - kontroll har gjorts 7 gånger ett år bakåt i tiden.

Eftersom jag inte rörde mig på enheterna och därför inte kontrollerade högskåpen kan jag inte säga hur ofta kontroller gjorts. Sjuksköterskorna säger dock att kontroller gjorts varje månad.

Att inte kontroller har gjorts enligt rutin under året beror bland annat på att ansvarig kontrollant har följt rutinen om att inte röra sig i "onödan" på enheterna eftersom vi hade Covid-19 i samhället. Ett normalår föreslås att avvikelser skrivs om inte kontrollerna inte görs enligt rutin men 2020 men detta har inte föreslagits. Alla sjuksköterskor kontrollräknar vid införsel och uttag.

Säkerställ

- Att dubbelsignering sker vid införsel i förbrukningsjournal i akut- och buffertläkemedelförråd och kortvårdsförrådet.
- Att dubbelsignering sker vid överföring till ny förbrukningsjournal i akut- och buffertläkemedelförråd och kortvårdsförrådet.

Narkotika – personbundet

All delegerad personal vet att speciella rutiner finns för narkotiska läkemedel och att dessa måste följas. Det finns en rutin som det råder osäkerhet kring och som kan förbättras.

Säkerställ:

- Att all delegerad personal vet hur kontrollräkning av narkotika ska göras i Appva.

Förvaring – personbundna läkemedel

Vid ansvarsövertagande är grunden att alla läkemedel förvaras inlåsta tillsammans med den dokumentation som tillhör läkemedelshantering, till exempel signeringslistor och dosrecept. Endast delegerad personal och sjuk/distriktssköterska ska ha åtkomst till innehållet i skåpet.

Säkerställ:

- Att all delegerad personal känner till rutinen för städning och hållbarhetskontroll i läkemedelsskåpen. Att den genomförs enligt rutinen samt dokumenteras.
- Att på varje enhet bestämma vem och när städning och hållbarhetskontroll ska göras. Beskriv i lokal rutin.
- Att kod byts regelbundet, minst två gånger per år, på läkemedelsskåp med kod som finns hos brukare.
- Att skåp för kasserade läkemedel har lås så att inte obehöriga kan komma åt dessa läkemedel.

Hygien

Alla känner till kommunens hygienriktlinjer. I stort sett arbetar man efter dessa men när det kommer till att iordningställa, administrera och hantera läkemedel så finns ett förbättringsförslag och det är att aldrig ta i läkemedel med bara händer. Använd handske, sked, pincett osv. Detta för att skydda delegerad personalen som inte ska bli utsatta för andras läkemedel.

Säkerställ:

- Att all delegerad person har kännedom om hur läkemedel ska hanteras
- Att det finns hjälpmedel att hantera läkemedel på säkert sätt.

Avvikelser

Tillsammans har vi diskuterat vad som är en avvikelse, när avvikelse ska skrivas, till vem den ska skickas och hur uppföljning ska gå till. Vanligaste avvikelserna är utebliven dos och osignerad administrering i Appva.

Delegerad personal tycker att inte att det är några problem att skriva avvikelser. Både enhetschefer och sjuk- distriktssköterskor uppmuntrar personalen att skriva avvikelser. Dessa tas sedan upp i olika forum tillsammans med enhetschef, personal och oftast ansvarig sjuksköterska

Säkerställ

- Att kod som finns i Appva används om läkemedlet av någon anledning inte har kunnat ges.
- Att avvikelser skrivs om någon glömt att signera i Appva.
- Att delegerad person aldrig signerar åt varandra.

Övrigt

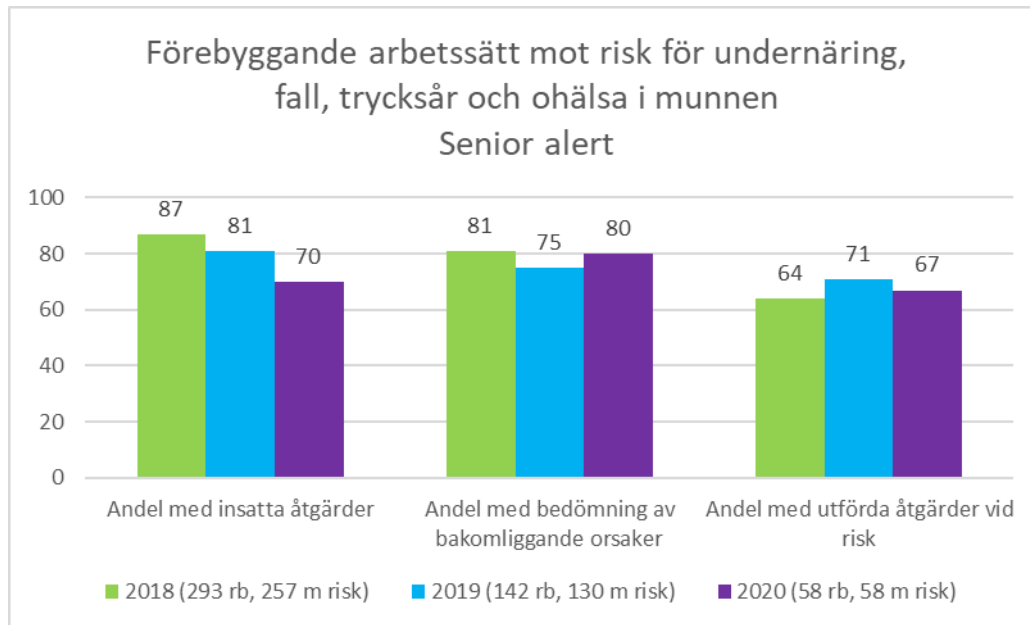
Övriga punkter där det är viktigt att hitta bra rutiner

Säkerställ:

- Att effekten av givet vidbehovs läkemedel alltid dokumenteras i brukarens journal.
- Att ordinationshandling byts ut vid ordinationsändring på de ställen där den förvaras.

Vid samtliga möten informerades deltagarna om APP och hemsidan www.medicininstruktioner.se, filmer som visar hur man använder ett visst läkemedel.

Förebyggande arbetssätt



Analys: På grund av rådande brist på sjuksköterskor samt pågående pandemi har arbetet med Senior alert inte varit prioriterat. 58 unika personer har fått en riskbedömning för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.

Demensvård

Mål (enligt plan för vård och omsorg för personer med demenssjukdom):

God och säker demensvård utifrån kommunmålet - Trygg och värdig ålderdom.

Planen tar upp fyra aktivitetsområden, *samverkan vårdgivare, kunskap och kompetens, uppföljning och utvärdering samt anhörig och närstående*.

Till planen hör en aktivitetsplan med aktiviteter, mål, ansvarig, tillvägagångssätt och uppföljningsansvarig inom de valda områdena.

Svedem är ett kvalitetsregister för personer med demenssjukdom. Registreringen startar vid utredning och diagnos. Uppföljningar sker årligen först på vårdcentral och senare i särskilt boende.

BPSD-registret

Att arbeta med BPSD-registret bidrar till:

- Ökad livskvalitet för personen med demenssjukdom
- Implementering av de nationella riktlinjerna
- Personcentrerad omvårdnad och ett gemensamt språk för personalen
- Teamarbete och tydliga mål
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Att tydliggöra vårdtyngden och bidra till en verksamhetsutveckling

Mål: God och säker demensvård utifrån kommunmålet- Trygg och säker ålderdom

BPSD-registret 2020

Antal BPSD-skattningar i hela kommunen: 99st. (SÄBO: 86st och demenshemtjänst+ gruppbostad 13st)

Antal registrerade i BPSD-registret i Oxelösunds kommun: 69st

Antalet med olämpliga läkemedel (Haldol) i Oxelösundskommun: 0%. Riket: 2,8%

Antalet med olämpliga läkemedel (Risperidon) i Oxelösunds kommun: 25%. Riket: 20,7%

Antalet personer med Alzheimers sjukdom i Oxelösund som har symtomlindrande läkemedel: 69,7%. Riket: 57,5%

Antalet personer som verkar smärtfria, Oxd: 70,5%. Riket: 72,2%

Åtgärder under 2020:

-Fortsätta att utbilda all legitimerad personal i BPSD-registret samt omvårdnadspersonal som ska vara BPSD-administratör

-Regelbundna uppföljningar för administratörer

-Bokningsbara tider erbjuds till hemtjänstpersonalen där skattningar i BPSD-registret görs med stöttning av demenssjuksköterska eller sjuksköterskan i teamet .

-Nära samarbete mellan demenssjuksköterska och omvårdnadsansvarig sjuksköterska

-Under hösten 2020 har "Resursteam- demens" varit under uppstart, dessvärre med viss begränsning pga rådande pandemin. Teamet består av en enhetschef, tre undersköterskor som har specialistutbildning i demens, en specialistsjuksköterska i demens, samt en fysioterapeut som är under utbildning till Silvia-fysioterapeut. Teamet planerar att kunna handleda, utbilda och stötta personal och anhöriga inne på säbo samt ute i hemtjänsten vid svåra omvårdnadssituationer relaterade till demenssjukdom.

-Endast en av tre planerade BPSD-utbildningar har genomföras under år 2020 pga rådande pandemi. Även planerade återträffar med BPSD-administratörer har ställts in.

Svedem

Mål: Att åter aktualisera användandet av det nationella kvalitetsregistret under 2020

- Arbetet med att registrera i Svedem har inte prioriterats under 2020, stor orsak till detta har varit rådande pandemi som tagit mycket tid och resurser i anspråk.

Hygien och smitta

Ingen hygienrund har genomförts.

I mars kom en pandemi med coronavirus till Sverige, sjukdomen som följde kallades covid-19. Sörmland var tidigt drabbad av många sjukdomsfall och regionen tog fram länsgemensamma rutiner: "Rutiner för SARS-Cov-2 infektion/covid-19 i Region Sörmland". Regionen tog också fram rutiner som skulle gälla i den kommunala hälso- och sjukvården, men dessa fick snart läggas ner då det var svårt att följa med i de täta uppdateringarna. De länsgemensamma rutinerna har uppdaterats 67 gånger under året, ibland flera gånger samma dag, särskilt under mars och april.

Under hösten har Region Sörmland åtagit sig att skapa rutiner som ska gälla den kommunala hälso- och sjukvården, men dessa finns ännu inte.

I början av pandemin var det tydligt uttalat att alla med covid-19 skulle vårdas isolerade på infektionsklinik på sjukhus. Dock fanns inga rutiner för provtagning som säkerställde en snabb hantering av prover och provsvar. Det var regionens ambulanspersonal som skulle komma ut i kommunerna och ta prover och om de inte hade möjlighet blev inget prov taget. Folkhälsomyndighetens rekommendationer gällde om att hålla avstånd, tvätta händerna.

nysa och hosta i armvecket samt stanna hemma vid förkylningssymtom. Under den första tiden var frånvaron extremt hög i vissa personalgrupper. Det gjordes prioriteringar på vad som absolut måste utföras för att inte riskera liv och hälsa hos patienterna.

Det fanns ingen smittspridning på särskilt boende under våren, men troligen i ordnärt boende. Osäkert därför att inga prover togs på patienterna.

Så småningom kom rutiner för:

- Provtagning vid misstänkt covid-19 i kommunal hemsjukvård, oavsett boendeform
- Screening – provtagning av personer som skrivs ut från sjukhus, har vård och omsorg eller SSIH (Specialiserad sjukvård i hemmet) eller flyttar mellan boendeformer
- Provtagning för covid-19 för medarbetare inom kommunal och privat omsorg på provtagningsstation
- Extra screening för personer som bor på särskilt boende, SÄBO, eller korttidsboende för äldre och gör besök utanför sitt boende
- Smittskyddsläkarens rekommendation om munskyddsanvändning för att minska smittrisk av covid-19 mellan personal i vård och äldreomsorg i Södermanland
- Skyddsutrustning respektive "source control" med munskydd
- Smittspårning i kommunal och privat vård och omsorg inom olika boendeformer och med hemtjänst eller hemsjukvård gällande covid-19
- Uppföljning och rehabilitering Covid-19 primärvård
- Palliativ vård i livets slutskede vid covid-19, kommunal hemsjukvård oavsett boendeform

Många myndigheter kom med rekommendationer och kunskapsstöd, bland annat Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Dessa kom oftast senare än då behovet uppstått och när Region Sörmland hade redan tagit fram rutiner. Problem uppstod när myndigheternas rekommendationer och regionens rutiner inte överensstämde.

Förvalningarna har också tagit fram egna styrdokument och rutiner när det har funnits behov:

- Kohortvård
- Basal hygien – när ska handskar användas och när ska handskar inte användas
- Munskydd – Hur används munskydd rätt och fel
- Hantering av tillfälligt besöksförbud på särskilt boende

Arbetsmiljöverkets föreskrifter om skyddsutrustning blev till en början svårt att hantera. I kommunen fanns inga munskydd eller visir. Ett stort arbete lades ner på att köpa in erforderlig utrustning. Brister uppstod inom det mesta som behövdes, bland annat handdesinfektionsmedel och handskar. Våra vanliga leverantörer slutade leverera beställt material. Många andra företag började plötsligt erbjuda visir, munskydd, handskar, handdesinfektionsmedel, ytdesinfektionsmedel och förkläden till orimliga priser. Lokala företag skänkte sina förråd av munskydd. En grupp inom funktionsstöd tillverkade visir och satte på nya resårband på skänkta munskydd. Med stöd av annan förvaltning, som skapade en inköpsgrupp, underlätades inköpen något. Dock behövde verksamheten värdera varje produkt, om den var godkänd för användning inom hälso- och sjukvården, vilket inte var det lättaste när dokumentationen var på annat språk än svenska. Det blev också problem med förvaring av desinfektionsmedel, eftersom man inte får förvara mer än en viss mängd på samma ställe relaterat till brandrisk. Via Länsstyrelsen kunde man hos Socialstyrelsen begära nödhjälp med viss ut

rustning och det blev Oxelösunds kommun beviljade, men i så små mängder att det inte var lönt att åka till Eskilstuna och hämta. Dessutom var det inte tillåtet att frakta den mängd desinfektionsmedel vi beviljats i en bil, utan det krävdes två.

Varje vecka från april ska antal smittade, antal misstänkta smittade, påverkan på organisationen och robusthet rapporteras till Socialstyrelsen.

Basala hygienrutiner och klädregler är basen i hygien- och smittskyddsarbetet inom hälso- och sjukvården. Versamheten har sedan länge rutiner för detta och alla anställda ska skriva under på att de läst, förstått och att de ska tillämpa rutinerna.

Vi genomförde en punktprevalensmätning med självskattning av följsamheten till de basala hygienrutinerna och klädreglerna. Resultatet blev att följsamheten kan förbättras. Alla personalgrupper fick utbildning, vi gick igenom rutinerna och även hur skyddsutrustning ska användas på ett korrekt sätt. Alla fick också genomgå Socialstyrelsens webbutbildning.

En film om hur man tar på och av skyddsutrustning på ett smittsäkert sätt har tagits fram i egen regi.

Vi hade besöksresriktioner och senare besöksförbud på särskilt boende. När besöksförbudet upphörde skapades rutiner för smittsäkra besök. Under senare delen av året infördes åter besöksrestriktioner på särskilt boende.

För att sprida information om vad som händer och vad som gäller i verksamheten har en informationssida skapats på Origo, kommunens intranät.

Under sommaren fick verksamheten möjlighet att ta antikroppstester på personalen. Med hjälp av skolsköterskorna togs prov på 235 personer.

Sent på hösten kom den första smittspridningen på särskilt boende och därmed blev det också aktuellt med smittspårning. Detta arbete startar när någon (patient eller personal) har fått en konstaterad covid-19-infektion efter provtagning. Ansvarig för att hålla ihop smittspårningen har respektive enhetschef varit efter beslut av Smittskydd/Vårdhygien i Region Sörmland. Varje smittspårningsprocess består av en kartläggning av vilka personer den smittade har varit nära en viss tid innan symtom uppstått. Provtagning ska då ske snarast på de personer (patienter/brukare/personal/anhöriga) som utsatts för smittrisk. Provtagningen ska göras om efter 3 dagar på dem som uppvisat negativt provsvar. Kommunens sjuksköterskor tar prov på patienter/brukare. Personal får logga in på 1177 och boka provtagning i Nyköping/ringa vårdcentralen eller att enhetschef hämtar provtagningsskit på apotek i Nyköping. Otroligt mycket tid har lagts ner på smittspårning av alla inblandade. Varje positivt provsvar leder till en ny smittspårningskedja. Inte i något fall har man upptäckt smittkällan, men däremot symptomfria smittade både bland patienter och personal.

När det upptäcktes att covid-19 även sprids av smittade utan symtom infördes utökad användning av munskydd.

Vi har också lärt oss att covid-19 kan ge helt andra symtom än de som först angavs dvs luftvägssymtom. Många har inga symtom alls eller är bara lite dåliga i magen. Omvårdnadspersonalen har blivit bra på att vara observanta på symtom och rapportera till sjuksköterska.

Därför isoleras alla patienter som har någon typ av symtom: feber, förkylning, hosta, diarré. Vi tillämpar kohortvård. Detta innebär att en begränsad personalgrupp vårdar den/de med symtom. Den som har symtom ska stanna i sitt rum/sin lägenhet. Ibland är det svårt att gå för patienter med symtom att förstå att de inte kan gå ut från sitt rum/sin lägenhet. Då kan en hel avdelning ingå i kohorten, men fortfarande ska personal inte gå mellan smittade och friska.

Planering för vaccinering mot covid-19 startade under senhösten. Region Sörmland ansvarar.

Analys: Kommunen var inte rustad för att hantera en pandemi. Många frågeställningar har därmed lyfts under året som:

- Hur ska man hantera det informationsflöde som uppstår vid en samhällskris?
- Vad är sant och vad är falskt?

- Till vem/vilka ska vi dela med oss av information?
- Hur ska vi hantera alla enkäter och erbjudanden om att köpa material?
- Har media rätt att få ta del av de uppgifter som efterfrågas?

Utifrån dessa frågeställningar har vi också lärt oss otroligt mycket.

Nära vård

Under hösten genomfördes en proaktiv dag med deltagare från kommunen, vårdcentralen, specialistmottagningar och slutenvården. Tillsammans identifierades förbättringsområden i för att en patient ska kunna få sin vård i hemmet och inte i onödan läggas in i slutenvården. För att detta ska bli verklighet krävs en god planering tillsammans med en delaktig patient.

Antal dagar från utskrivningsklar i slutenvård till hemgång minskar. Medeltalet är >1 dag.



Analys: Antalet dagar har minskat till en kostnad av arbetstid/övertid speciellt för sjuksköterskor som har att hantera fått bristande informationsöverföring om vad som ska utföras efter det att patienten kommit hem. Om planering sker i god tid kan det bli en trygg hemgång och patienten kan få en trygg vård när den som ska ta över vården vet vad som ska utföras och när.

Palliativ vård i livets slutskede

När det inte längre finns någon bot för den som är svårt sjuk inriktas behandlingen på att göra den sista tiden så bra och smärtfri som möjligt. I den palliativa vården ingår även att ge anhöriga stöd i deras sorgearbete. Palliativ vård kommer från det latinska ordet pallium som betyder mantel, där manteln är en symbol för omsorgen om den döende människan. Den palliativa vården handlar mycket om att se över och stödja hela livssituationen och omfattar alla personer med sjukdom som inte går att bota. Detta gäller oavsett diagnos eller typ av sjukdom. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psy-

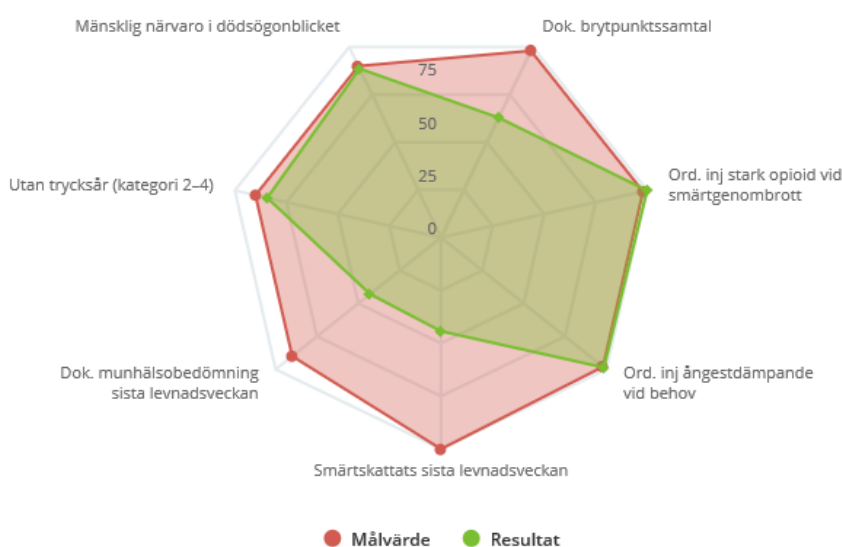
kiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Patienten, de närstående och vårdpersonalen kan gemensamt, utifrån patientens önskemål komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet. De kan då gemensamt sätta upp ett mål.

Under 2020 har 113 personer avlidit, varav 98 inom den egna verksamheten och 25 på lasarettet. 70 av dödsfallen var av vården förväntade.

Nedanstående diagram visar Oxelösunds kommuns resultat för de förväntade dödsfallen (grönt) i förhållande till Socialstyrelsens målvärden (rött) för fastställda kvalitetsindikatorer.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



Analys: Personer som vårdas i livets slut inom Oxelösunds kommun får en god vård. Ingen som inte så önskar behöver dö i ensamhet. Förbättringsmöjligheter finns för brytpunktssamtal (läkares ansvar), munhälsobedömning och smärtskattning (sjuksköterskas ansvar).

Sammanfattande bedömning

Under 2020 har arbetet varit till största delen varit inriktat på att hantera pandemin med corona/covid-19. Under året har förvaltningen också haft brist på legitimerad personal, främst sjuksköterskor. Detta har påverkat patientsäkerhetsarbetet. Verksamheten har upprättat en prioriteringsordning, där det förebyggande arbetet fått stå tillbaka. Hygien, provtagning, smittspårning, skyddsutrustning, kohortvård, akuta bedömningar, akuta insatser och läkemedelshantering har prioriterats högst.

Mål och strategier för kommande år

Mål

God och säker vård

Strategier

Nära vård

- Fortsatt arbete med Trygg hemgång och effektiv samverkan
- Återuppta uppföljningar i samverkan med Region Sörmland
- Tillsätta en koordinatorsfunktion för att samordna kommunens insatser vid utskrivningsplanering från sjukhus
- Trygg hemgångsprocessen i kommunen
- Fortsatt omställningsarbete till Nära vård
- Skapa en hållbar plan för utbildning om Prator och SIP
- Göra fler SIP:ar
- Använda digital teknik vid utskrivningsplanering
- Införa digital teknik vid planering i hemmet
- Bli producenter i NPÖ – Nationell patientöversikt
- Samverka med vårdcentralen om hemmonitorering

Avvikelser

- Införa digital avvikelshantering i Treserva
- Använda NITHA, ett digitalt verktyg för händelseanalys
- Systematisk uppföljning av avvikelser

Demenssjukdom

- Registrera i BPSD-registret
- Göra uppföljningar i Svedem på särskilt boende
- Genomföra aktiviteter för att leva upp till Plan för vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Oxelösunds kommun
- Uppföljning av utvecklingsarbetet för en kvalitetssäkrad demensomvårdnad

Förebyggande arbetssätt

- Registrering i Senior alert av riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen
- Teamträffar
- Mäta dygnsfasta på särskilt boende

-
- Se över möjligheten att skapa en MAR-funktion (Medicinskt ansvarig för rehabilitering)

Dokumentation

- Planera för införande av Hälsoärende
- Mobil dokumentation

Hygien

- Hygienrond på två enheter inklusive uppföljning

Läkemedelshantering

- Se över delegeringsprocessen – ska alla ha delegering på läkemedelshantering?

Palliativ vård och vård i livets slut

- Planera för fortsättning efter utbildningsinsats (palliativa ombud?)
- Fortsätta med webbutbildning Palliation ABC

Övrigt

- Ta fram rutiner för klagomålshantering
- IT-kompetens och -resurs i förvaltningarna
- Tillräcklig bemanning av legitimerad personal i tjänst